

EL SISTEMA DE SALUD: UNA EVIDENCIA DESDE LA PROVINCIA DE SINALOA

Felipe Lara López¹

Nicolás Guadalupe Zúñiga Espinoza²

RESUMEN

La medición de la pobreza en México, en atención a lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social (2004), incluye dos grandes rubros: el ingreso de los hogares y las carencias sociales, estas últimas definidas por el nivel de acceso a educación, servicios de salud, seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda, alimentación y cohesión social.

Una variable importante en el comportamiento de la pobreza en México es la capacidad de la población al acceso a los servicios de salud. En atención a los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2014), el porcentaje dedicado al gasto en salud en México, en relación a su producto interno bruto, pasó de 5 a 6.2 puntos porcentuales en el periodo 2000 a 2012, para ubicarse en el lugar 32 de un total de 34 naciones que integran tal organismo. Del gasto anterior, durante 2012, el 50.6% y 6.8% correspondieron a gastos en salud pública y farmacéutico, respectivamente. Un dato interesante es la reducción en 65.8% en el gasto farmacéutico, como parte del gasto destinado a salud, a partir de 19.9% durante el periodo citado. La cifra anterior explica la posición 32 que ocupa México en este rubro respecto a los 34 países miembros de la OCDE.

Para entender el contexto del sistema de salud fue necesario recurrir a información relacionada con sus antecedentes en México. Para ello, se hizo una recopilación de datos consultados en fuentes oficiales como Consejo Nacional de Población (CONAPO) e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Con la data integrada se hizo posible hacer una breve revisión de los servicios de salud en la provincia de Sinaloa, territorio localizado al noroeste de México.

Palabras clave: Servicios de Salud, Políticas Públicas, Pobreza.

¹ Doctorante en Gestión de las Organizaciones por la Universidad Autónoma de Sinaloa.
felipe.lara@hotmail.com

² Doctor en Ciencias Sociales adscrito a la Escuela de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Autónoma de Sinaloa, nicozu1@uas.edu.mx

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo sobre el sistema de salud en Sinaloa, representa un problema porque hay altas deficiencias en los servicios de salud que se prestan a los beneficiarios. El objetivo de esta investigación es evidenciar, entre otras cosas, la falta de cobertura, lo cual se refleja directamente en el bolsillo de los ciudadanos, ya que necesitan destinar una cantidad de su ingreso para cubrir esta necesidad tan básica como lo es el derecho a la salud. Se concluye que la restricción presupuestal que vive la administración pública federal ha tenido sus efectos negativos sobre las partidas del gasto público en salubridad para este tipo de instituciones en Sinaloa.

I.- MARCO TEÓRICO.

Para dar inicio a este trabajo sobre el sistema de salud en la provincia de Sinaloa, es necesario partir de la discusión originada en torno a la definición de “políticas” Molina y Delgado (1998), quienes definen el término inglés *policies*, del cual carecía de sustento en la lengua anglosajona con los términos *politics* y *polity* se agregó políticas, esto para una mayor concreción e interpretación del concepto. Así, Lasswell (1951), responde con un conductismo de segunda generación al que denominaron ciencia de políticas, haciendo énfasis en las cuestiones de política, intentando que en la atención de los problemas y sus soluciones no se perdiera el análisis científico. El autor centra su estudio en la preocupación de que forma utilizar los recursos intelectuales con la más sabia economía.

En ese sentido, Lasswell (1951), sostiene que se ha desarrollado una mayor conciencia en el sentido de que el proceso de la política requiere de estudios con derecho propio, fundamentalmente con la esperanza de aumentar la racionalidad de las decisiones. La orientación hacia las políticas, como lo llamó dicho autor, en el centro de su investigación, tiene una dualidad, por una parte se ocupa del proceso de las políticas, es decir de la formación y ejecución de las políticas, utilizando los métodos de las ciencias sociales y de la psicología, pero por otro lado, el proceso de las políticas se ocupa de las necesidades de inteligencia de este aspecto con el objetivo de mejorar el contenido concreto de la información y de la interpretación disponible para los creadores de la política.

Siguiendo a Lasswell (1951), se hace una distinción en lo que ocupa a las ciencias políticas, cuestiones como el poder, en el sentido de la toma de decisiones y, el área de interés de la ciencias de las políticas, encargada de la teoría general de la elección, mientras que la administración pública es la encargada de las cuestiones burocráticas. Para González (fecha n.d.) el estudio de las políticas públicas es una disciplina que surge a raíz de la administración pública y ciencia política como ya se mencionó anteriormente, cuyo principal campo de estudio es el actuar gubernamental. El desarrollo exponencial que ha tenido en las últimas décadas es el resultado de la aceptación y, su campo de estudio ha sido el centro de atención por investigadores mexicanos que le han dado una formalidad activa y mucho más participativa.

Cuando se habla de soluciones a problemas públicos es necesario citar al ciclo de las políticas públicas, no podemos llegar a la solución de problemas públicos si no conocemos desde la conceptualización de las políticas públicas, hasta la elaboración de las mismas. Para ello, (Subirats, 2008: 25), argumenta que las políticas públicas son un conjunto de acciones y decisiones que da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales, mismos que originaron el problema colectivo a resolver (grupos- objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales).

Conforme a Subirats (2008), las políticas públicas está compuesta por un proceso o bien llamado “ciclo” de las mismas, que inicia en el surgimiento del problema público, seguido de la inclusión de la

agenda gubernamental, después la formulación de alternativas y decisión del programa de la política pública, implementación y evaluación de la política pública.

Por su parte, Dye en Kernaghan y Siegel (1995), enuncia que una política pública es todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer; en ese sentido, las políticas públicas obedecen a cursos de acción específicas y, la adopción de una acción no garantiza que todos los actores involucrados estén de acuerdo. Para Dye, las “no decisiones” pueden ser tan importantes como las decisiones, particularmente para los grupos que intentan lograr un cambio.

Kernaghan y Siegel (1995), no se limitan al concepto de Dye, los anteriores autores van más allá, definen a las políticas públicas como un proceso dinámico e incluyente que tiene presente: la definición del problema público, la formulación de la política pública, la implementación y evaluación de la misma. Para estos autores, la etapa de la implementación de la política pública es una de las etapas más importantes y es donde refuerzan su estudio. Los autores Howlett y Ramesh (2003), tienen una perspectiva muy cercana a la de los anteriores autores, al definir que las políticas públicas son el resultado de decisiones del gobierno que pueden estar orientadas a mantener o alterar el *status quo*.

Jenkins (1978), en cambio, ubica las políticas públicas en las decisiones tomadas por el gobierno. Esas decisiones hace referencia a un conjunto de acciones interrelacionadas, tomadas por un actor o grupo de actores respecto la selección de metas y medios para alcanzarlas en una situación específica, y donde aquellas decisiones están dentro del ámbito de autoridad de esos actores. Es decir, decisiones por parte del gobierno muchas veces no recaen en una sola decisión, sino que, es el consenso de un conjunto de decisiones que generan una política pública.

Según Franco (2013), las políticas públicas en su máxima expresión son cuatro etapas de las cuáles cada una de ellas tiene momentos identificables y que dan como resultado la determinación de una decisión o acción que va encaminada a resolver un problema público. Las cuatro etapas de la política pública por su orden y clasificación se identifican como: Gestación, Diseño, Implementación y Evaluación de la política pública.

Franco (2013), argumenta que si bien, esas son las cuatro etapas principales de una política pública, existe también etapas dentro de cada una de ellas como lo son:

- ❖ “Gestación. En este apartado es donde hay un surgimiento e identificación de problemas públicos en diferentes sectores y áreas. La identificación y aceptación de un problema público por encima de los demás nos indica que ese problema público entra en la agenda de gobierno para ser tomado en cuenta para la solución del mismo.
- ❖ Diseño de la política pública. Es el diseño de las políticas públicas para la presente investigación la etapa más relevante e importante para llevar a cabo el éxito de la política pública, los elementos a considerar en esta etapa son: 1) Análisis del problema, 2) Análisis de soluciones, 3 Análisis de factibilidad, 4) Recomendación de política pública y, 5) Plan de acción de política pública. Los anteriores elementos son los que se consideran dentro de la elaboración del diseño de la política pública, el tipo de evaluación que se realiza en esta etapa es la evaluación *ex ante* que más adelante se detalla.
- ❖ Implementación de la política pública. En la implementación existe cuatro pasos a seguir para llevar a cabo esa etapa, los cuales son: Decisión, Presupuestación, Legislación, Ejecución de agencias gubernamentales.

- ❖ Evaluación de impacto. Cabe destacar que son diferente los tipos de evaluación y que cada evaluación tiene sus características, para la evaluación, la principal y mayor característica es que se realiza una evaluación de los efectos de la política pública, en ese sentido, se presume que es una vez obtenido los resultados de la acción de gobierno”, (Franco, 2013: 36).

Si se quisiera tener una inclinación por alguna de las etapas de la política pública en mención, sería una inclinación absurda, puesto que cada una de las etapas está interconectadas y el hecho de darle mayor valor a una sería una situación errónea. Si bien es cierto, según el estudio en cuestión alguna de las etapas será de mayor utilidad que las otras para respaldar el trabajo, pero en el caso de la elaboración de las políticas públicas exitosas, todas las etapas son indispensables y con el mismo valor.

Sector salud en México.

Para contextualizar el tema de la salud en nuestro país, es necesario retomar lo señalado por el artículo 1º de la Ley General de Salud ([LGS] 2017: 1) que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Ahora bien, retomando este elemento jurídico de las políticas públicas, en nuestro país, para Frenk y Gómez (2008), el sistema de salud está compuesto por dos sectores: el sector público y el privado. En el caso del sector público está conformado por instituciones de seguridad social tales como: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, tales como Secretaría de Salud (SS) Servicios de Salud (SESA), Oportunidades y Seguro Popular (SPS).

En el caso del sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a las prestadoras de servicios que tienen que ver con consultorios, clínicas y hospitales privados, todos ellos, desde luego, con un fin lucrativo. En este sector también se incluye a los proveedores de servicios de medicina alternativa que, generalmente, trabajan en consultorios o unidades ambulatorias de salud.

Según Frenk y Gómez (2008) esta clasificación del sistema de salud inspirada en el corporativismo que imperaba en sus inicios, es donde se identifica en gran medida el origen de la realización desigual del derecho a la salud en México, la universalidad y la no discriminación, es donde se veía la ausencia de estos principios elementales de los derechos humanos que claramente estaban ausentes en este esquema de seguridad social.

Pérez (2010) citado en Ruíz (2011), argumenta que si bien, dentro de las políticas de la SS debía atender a la parte de la sociedad sin seguridad, las deficiencias estructurales de esta institución – principalmente la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la importante diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social-, derivaron en una institución poco eficiente, con un importante déficit de recursos tanto económicos, de equipo, de personal y de todo tipo y, aunado a ello una mínima capacidad resolutoria y, por ende, incapaz de responder íntegramente a las obligaciones del estado mexicano en esta materia.

Por su parte Ruíz (2011), analiza y describe los procesos de políticas públicas en salud y estima los avances en cobertura en materia de salud en el municipio de Culiacán, Sinaloa. Enfoca su estudio en el origen de los servicios de salud y particularmente en el seguro popular, analiza el impacto en el servicio y el beneficio socioeconómico en favor de las familias; y encuentra que los servicios de salud, que otorga el seguro popular en este municipio, ha sido aprovechado en gran medida por los usuarios entrevistados, a tal grado de reconstruir el servicio y recomendarlo a terceros. El estudio que el investigador realiza es mediante un modelo retrospectivo y con enfoque mixto.

En México la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2015), identificó que existen 22 mil 157 unidades médicas de salud para el 2013, sin considerar a los consultorios del sector privado. De ellas, en 3 mil 7 se atiende a la población con seguridad social y en las restantes 19 mil 150 da cobertura a los pacientes que no cuentan con seguridad social. Aproximadamente, el 86 % son hospitales generales, y el resto, hospitales de especialidad. Por su parte en el sector privado, la gran mayoría de sus hospitales son maternidades muy pequeñas. Alrededor del 70 % de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas y apenas el 6 % cuentan con más de 25 camas.

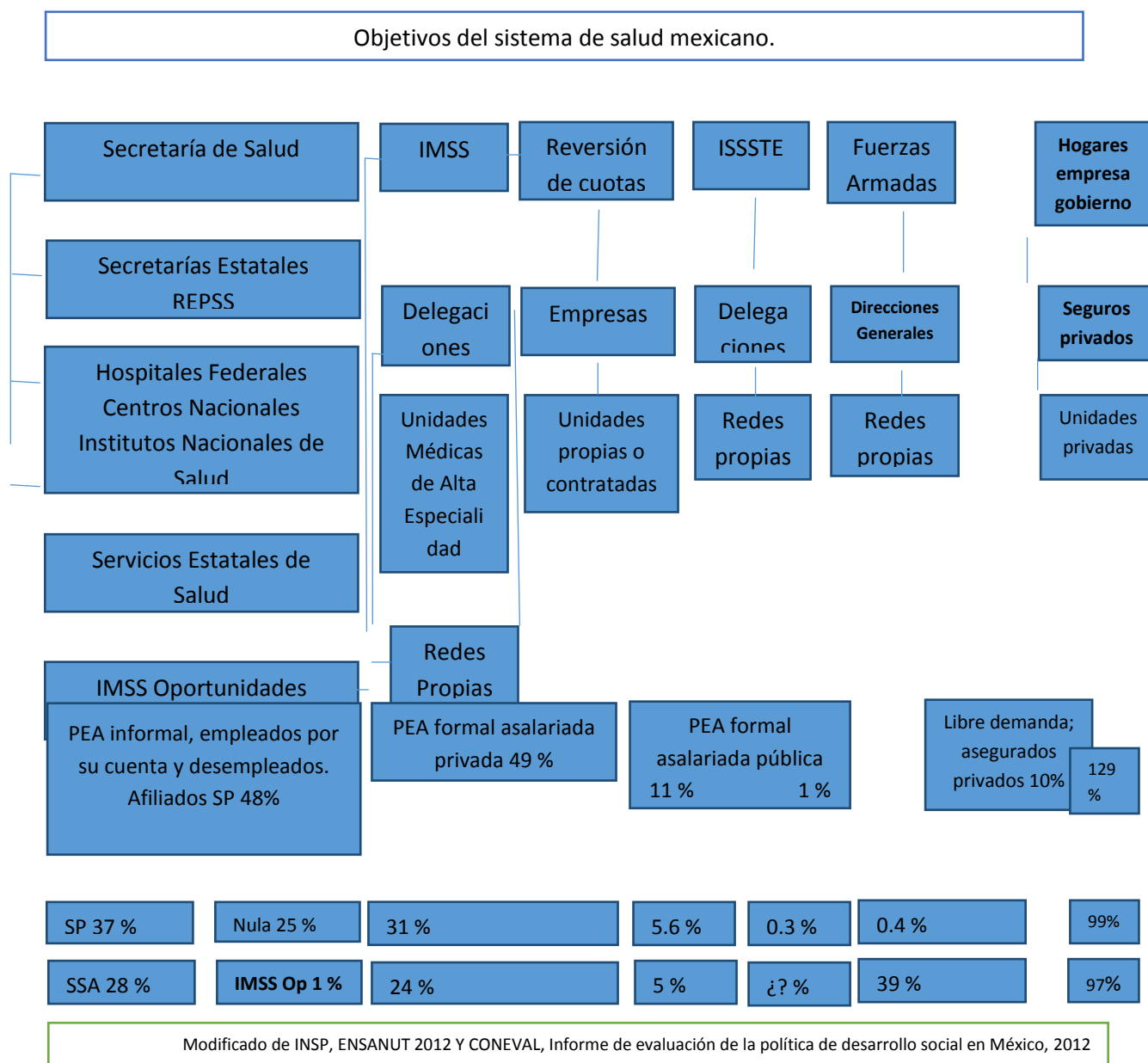
En cuanto a la población asegurada el INEGI (2013) estima que son aproximadamente 91 millones de personas (77%) afiliadas a una institución de seguridad social o de salud; 53% son mujeres y 47% son hombres. La DGIS (2015), registra que el gasto total en salud fue de 1 billón 013 mil millones de pesos. De estos, el 51.7 % se aplicó para atender tanto a la población que cuenta con seguridad social y también a los que no están afiliados a ningún sistema. El restante 48.3 % se destinó al gasto privado en salud, el cual está conformado por gasto de los hogares e instituciones sin fines de lucro, cuotas de recuperación y seguros médicos privados.

Los datos estadísticos descritos anteriormente resultan útiles para vislumbrar la problemática que enfrenta el sistema de salud en México. Ello nos da un panorama para iniciar una revisión a esta temática en el estado de Sinaloa.

Pluralismo en el sistema de salud mexicano.

El pluralismo en el sistema de salud mexicano no sólo obedece a las instituciones públicas que a lo largo de la historia han ido surgiendo tales como: IMSS, ISSSTE, SESA, SEMAR, Seguro Popular, entre otros. Sino también, obedece a aquellos actores privados que ofrecen servicios de salud a través de clínicas y hospitales con fines de lucro, tal como se muestra en el siguiente esquema:

Esquema 1. Sistema de Salud Nacional



El esquema anteriormente presentado nos demuestra que los objetivos de las instituciones actuales de salud no están alineadas hacia las necesidades de la población, si no, a los objetivos de gobierno, por lo cual, la presentación de la nueva ley público- privado busca hacer un sistema de salud más amplio que cumpla las necesidades de la cobertura de servicios de salud en el estado de Sinaloa.

En cuanto al financiamiento del sector público es mediante contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno para el caso del ISSSTE, para el caso del Seguro Popular es financiado por el gobierno federal, gobierno estatal y el beneficiario y, el IMSS es a través de contribuciones del empleado y empresa en la que labora. Para el sector privado es el beneficiario quien cubre la totalidad del financiamiento de los servicios de salud.

Los proveedores de los servicios de salud juegan una parte importante dentro de la teoría del pluralismo, el 60 % de los medicamentos que abastece al sector público de los servicios de salud es la Asociación Nacional de Fabricantes de Medicamentos y, esta misma empresa produce el 17 % de los medicamentos para el sector privado. En cuanto al abastecimiento de medicamentos, el sector

público utiliza medicamentos genéricos intercambiables y genéricos, mientras que el sector privado en su mayoría es de patente; esto explica en gran medida la diferencia en el gasto de ambos sectores.

Relaciones intergubernamentales en el sistema de salud.

En el tema de las Relaciones Intergubernamentales (RIG) Arandia (2002: 10) argumenta que son definidas como “el conjunto de nexos e intercambios emergentes de la interrelación entre los distintos niveles de gobierno, instancias en las que se determinan políticas y estrategias generales de desarrollo en circunscripciones territoriales determinadas”; se comprenden como el tipo de relaciones que tienen los diferentes niveles de gobierno dentro de un mismo Estado, así como aquellas que se dan entre iguales niveles de gobierno.

En ese mismo sentido, Méndez conceptualiza las relaciones intergubernamentales de la siguiente manera:

“El concepto de relaciones intergubernamentales (RIG) tiene dos dimensiones básicas. En primer lugar, hace referencia a relaciones que se establecen entre distintas instancias u órdenes territoriales de gobierno...involucran entidades políticas con cierta autonomía. Por lo tanto, dichas relaciones no son esencial o necesariamente jerárquicas, aun cuando puedan ser asimétricas...

La segunda dimensión se refiere a que las relaciones no solo se dan entre órdenes distintos de gobierno sino también entre entidades gubernamentales del mismo nivel territorial (estado-estado; región- región; municipio- municipio). El concepto se refiere entonces a relaciones o incluso asociaciones que involucran a entidades subnacionales, locales, entre otros” (Méndez, 1997: 9).

Hablar de relaciones intergubernamentales en el sector salud nos obliga a dejar claro sobre la comunicación existente entre la jerarquización de autoridades dentro de cada institución, la fluidez de información, en el caso del sector público en la presupuestación como antes se mencionó, existe diferentes formas de financiamiento, para el caso de las instituciones públicas si existe una correlación entre los distintos órdenes de gobierno, tal es el caso del Seguro Popular, tanto el gobierno federal, como el gobierno estatal aportan contribuciones para sus beneficiarios. Para el caso del sector salud son los propios dueños y beneficiarios quienes financian los servicios de salud.

El sistema de información entre los distintos grados de la estructura orgánica de las instituciones públicas del sector salud son fluidas de forma vertical pero no horizontal, es decir, el que tiene un rango mayor le hace llegar la información al subordinado, pero entre los mismos niveles no existe flujo de información entre las mismas dependencias, por lo que genera obstáculos para brindar servicios de salud de calidad.

Por otro lado, en el sector de salud privado, la comunicación en los dos órdenes llámese horizontal o vertical es muy fluida, lo cual ha permitido tener servicios de salud competitivos, de calidad eficiente a sus beneficiarios, esto debido al modelo empresarial que los regula.

En la actualidad, el tema de la comunicación organizacional ha sido adoptado por investigadores reconocidos Ansede (2010) y Guzmán (2012), ellos coinciden en que: “la comunicación organizacional como el entramado de mensajes formados por símbolos y signos no verbales que se transmiten diádicamente y de manera seriada dentro del marco de la organización”.

En ese sentido, se afirma que la comunicación organizacional se estructura no necesariamente verbalmente, sino también mediante signos, cuando se refiere a signos y símbolos se hace referencia

a soportes técnicos o escritos y cuando se hace de forma eficiente los resultados son exitosos dentro de una organización.

Definición y medición de la Pobreza en México.

La pobreza puede entenderse como “una privación severa de bienestar físico y bienestar mental, estrechamente asociada con inadecuados recursos económicos y consumos” (Baratz y Grigsby, 1971: 120). Asimismo, este concepto puede explicarse como “la privación bienestar de manera pronunciada, es decir, la falta de acceso a capacidades básicas para funcionar en la sociedad y de un ingreso adecuado para enfrentar necesidades de educación, salud, seguridad, empoderamiento y derechos básicos”. (Haughton y Khandker, 2009: 49). Derivado de lo anterior, puede mencionarse que la pobreza se manifiesta como la ausencia de aquellos elementos básicos que hacen que una persona se encuentre en condiciones óptimas para una vida digna.

Para ello, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2015) contempla tres elementos que deben considerarse al evaluar si un individuo está en situación de pobreza: (I) si su ingreso está por debajo de una línea de pobreza, (II) si posee los servicios básicos necesarios, y (III) si tiene las suficientes capacidades básicas para funcionar en sociedad.

Cabe destacar que en el caso de México, el órgano encargado de evaluar la medición de la pobreza es el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Este Consejo mide la pobreza identificando dos componentes: bienestar económico y derechos sociales. El bienestar económico se define a partir de una “Línea de bienestar” que marca el ingreso corriente per cápita necesario para que un individuo pueda adquirir los bienes y los servicios básicos para satisfacer sus necesidades.

II.- METODOLOGÍA.

La metodología a utilizar en este artículo es de tipo cuantitativo, mediante un modelo econométrico. En ese tenor, el CONEVAL (2010), define a la pobreza en México como una situación social multidimensional y, en atención al ingreso, pueden observarse niveles de pobreza: alimentaria, de capacidades y patrimonial. Para el presente trabajo solo se tomarán en cuenta seis variables de pobreza patrimonial. Esta última comprende los siguientes rubros:

- Alimentación.
- Educación.
- Acceso a los servicios de salud.
- Vivienda.
- Vestido.
- Transporte.

Estrategia Empírica

Respecto a las etapas a realizar para organizar resultados que arroje la evidencia empírica, se apega a las recomendaciones metodológicas de indicadores en salud adoptados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) para medir el grado de avance en este rubro en sus países miembros, se han considerado como altamente significativos en la explicación de la pobreza patrimonial en el Estado, las siguientes variables:

- Número de médicos por cada 1, 000 habitantes para el estado de Sinaloa.

- Número de médicos especialistas por cada 1, 000 habitantes para el estado de Sinaloa.
- Número de enfermeros por cada 1, 000 habitantes para el estado de Sinaloa.
- Gasto público real (en pesos del 2010) destinado a productos médicos y farmacia por cada 1, 000 habitantes para el estado de Sinaloa.

Para la aplicación del instrumento y obtención de los resultados se lleva a cabo un modelo econométrico mediante el método *PROC REG* del programa estadístico *SAS (Statistical Analysis System)* que toma la siguiente forma:

$$POBPAT_t = \beta_0 + \beta_1 GPTRS_t + \varepsilon_0$$

Mismo que será determinado y resuelto en el apartado de análisis al sistema de salud público en Sinaloa (2000- 2015).

III.- Evidencia desde Sinaloa.

En este apartado se encuentra un análisis realizado en el estado de Sinaloa, para lo cual se parte de un modelo econométrico a efecto de conocer el impacto que ha tenido la disminución del gasto público en salud para esta entidad federativa, situación que ha vulnerado los servicios, asistencia y cobertura para la población. Ante esta restricción presupuestal surgieron las asociaciones público-privadas para la construcción de hospitales regionales en Sinaloa.

El estado de Sinaloa, situado al noroeste del país, en la costa del Golfo de California. Limita al norte con Sonora, al este con Chihuahua y Durango (separado de ellos por la Sierra Madre Occidental) y al sur con Nayarit. Es el estado más poblado de la región noroeste México. Tiene 18 municipios, los cuatro más grandes son, en primer lugar, su capital Culiacán, donde vive la mayor parte de la población, seguido por el municipio turístico de Mazatlán, luego los Mochis y Guasave.

Sinaloa es el estado agrícola de México; adicionalmente, cuenta con una de las más grandes flotas de pesca del país. Culturalmente, es conocida por su música típica, la Banda o Tambora; la Humala, versión regional de juego de pelota prehispánico, se practica todavía en el estado. La población para el año 2016 en el estado de Sinaloa, según las proyecciones de CONAPO es de 3 millones de los cuáles el 49 % son hombres y 51 mujeres.

El INEGI (2015) estimó dentro de los principales sectores por actividad: actividades primarias, secundarias y terciarias con el 10.63%, 22.17 y 67.20 % respectivamente. La participación en cuanto al Producto Interno Bruto (PIB) a nivel nacional es del 2.1 % La Población Económicamente Activa (PEA) para el año 2014 fue de 1 millón 303 mil, 821 personas, equivalente al 44 % de la población total. Respecto a la escolaridad, el promedio para el Estado de Sinaloa es de 15 años, por lo que en términos de grado académico representa poco más de la secundaria concluida.

Según los datos de INEGI (2015), la población para el mismo año por instituciones a los servicios de salud se compone de la siguiente forma:

Tabla 1. Instituciones de Servicios de Salud en Sinaloa

Institución	Población derechohabiente
IMSS	1, 273, 101
ISSSTE	245, 246
PEMEX, SEDENA, y/o SEMAR	18, 748
Seguro Popular	1, 179, 409
Población Sin Derechohabiencia	424, 184

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de INEGI (2015).

Lo anterior, nos deja un panorama amplio para realizar investigaciones en cuanto a la población que es derechohabiente y los que no tienen esta categoría, eso sin haberse tomado en cuenta la condición de los servicios de salud.

Análisis al sistema de salud público en Sinaloa (2000- 2015).

La situación del sector salud en el estado de Sinaloa es, en términos generales, muy similar a la nacional. De acuerdo con cifras de la SSA (2012), el gasto estatal en pesos corrientes dedicado a salud pasó de 5.9 a 10.5 millones de pesos durante 2005 y 2010, respectivamente. Medido en términos del PIB estatal, el gasto en 2005 fue de 3.3% y para 2010 del 3.6%. Lo anterior trajo como consecuencia que, por cada mil habitantes en el estado, solo se cuente con 1.7 médicos, 2.3 enfermeras y 0.8 camas de hospital para ubicarlo en los lugares 10, 12 y 11 respectivamente a nivel nacional.

En consideración a lo anterior y, bajo la premisa de una continuidad en el comportamiento del nivel insuficiente de gasto público asignado al sector salud en Sinaloa, la tendencia hacia el apalancamiento del sector salud a través del presupuesto familiar y la pérdida de ingreso en términos reales de la población, permiten prever una situación grave en términos de riesgo hacia el bienestar social, productividad económica y crecimiento económico sostenible.

La insuficiente atención hacia el sector salud observada en Sinaloa y la existencia de una parte importante de la población que ni siquiera cubre su necesidad de acceso a los servicios de salud, hace pertinente cualquier estudio que trate acerca de poder dimensionar la relación entre el servicio de salud y bienestar social.

De esta forma se procede a medir la relación existente entre el nivel de significancia del gasto público en salud y el número de personas en pobreza patrimonial observado durante el mismo período 2005 y 2010. Para ello se utiliza un modelo de regresión lineal múltiple de la forma general:

$$POBPAT_t = \beta_0 + \beta_1 GPTRS_t + \varepsilon_t$$

Donde:

$POBPAT_t$: Número de personas en situación de pobreza patrimonial en el estado de Sinaloa durante el periodo "t".

B_0 .- Término independiente. Número de personas en el estado de Sinaloa en situación de pobreza patrimonial al final del año 1999. (No. de personas).

B_1 .-Parametro que indica el nivel de significancia del gasto público en salud total real sobre el nivel de pobreza patrimonial observado en el estado durante el año "t". (No. de personas en pobreza patrimonial/ gasto público en salud).

$GPTRS_t$: Gasto público total real en salud ejercido anualmente en el estado de Sinaloa. (Gasto público /año) Los resultados de la solución del modelo anterior se muestran en la siguiente tabla:

Variable dependiente: POBPAT

	<i>Coeficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Valor p</i>	
const	911211	41088.2	22.1769	<0.0001	***
GPTRS	0.0320701	0.00478677	6.6997	<0.0001	***
SCR	30.77965	D.T. de la regresión		1.538722	
R-cuadrado	0.775422	R-cuadrado corregido		0.758147	
F(1, 13)	44.88646	Valor p (de F)		0.000015	

Los valores de los índices: $Pr>F = 0.000015$ y $Pr> \text{Abs } (t) = 0.00001$ obtenidos mediante el PROC REG del paquete estadístico SAS indican, con un 99% de confianza, el gasto público total real en salud ($GPTRS_t$) ejercido por el estado durante el periodo 2000- 2015, ayuda a explicar de forma significativa el comportamiento del número de personas en situación de pobreza patrimonial en el estado.

Por otro lado, el valor del coeficiente de determinación “R” señala que el 77% de la variabilidad de la pobreza patrimonial observada en el estado durante el periodo en estudio se puede explicar mediante los cambios en el gasto público total real en salud ejercido por el estado. Sin embargo, no se cumple una relación inversa significativa entre los cambios en el gasto público en salud y el nivel de pobreza patrimonial. Es decir, de acuerdo con los resultados del modelo, incrementos en el gasto público total real en salud conducen a incrementos en el número de personas en situación de pobreza patrimonial.

En relación a esto último, se debe recordar que la situación de pobreza patrimonial comprende, además de la falta del servicio de salud, factores como la no posibilidad de acceso a alimentación, educación, vivienda, vestido y transporte, variables no consideradas en el modelo y que estarían afectando la naturaleza de esta relación.

El resultado anterior indica que, manteniendo constante el valor del resto de las variables que determinan la pobreza en el estado, un incremento unitario en el gasto público total real en salud en el estado genera un incremento del orden de 0.03 personas en pobreza patrimonial. Dicho de otra manera, el tránsito de una persona a la situación de pobreza patrimonial requiere de un gasto promedio anual de 31.18 millones de pesos.

La evaluación de la significancia del gasto público total real en salud destinado al sector de la población inscrita en algún sistema de salud (GPRTCSS) y del gasto público cuyo destino es el apoyo al sector de la población que carece del servicio de salud (GPRTSSS) sobre el comportamiento del número de personas en situación de pobreza patrimonial en el estado durante el periodo 2000-2015 se resume en la siguiente tabla:

Variable dependiente: POBPAT

	<i>Coeficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Valor p</i>	
const	997388	96305.2	10.3565	<0.0001	***
GPRTCSS	0.0107564	0.0259155	0.4151	0.6854	
GPRTSSS	0.0416012	0.0148907	2.7938	0.0162	**
SCR	17.52876	D.T. de la regresión		1.208607	
R-cuadrado	0.875814	R-cuadrado corregido		0.855117	
F(2, 12)	42.31474	Valor p (de F)		3.67e-06	

En atención al valor: $Pr > F = 3.67e-06$, se puede afirmar, con un 99% de confianza que al menos el valor estimado de un parámetro del modelo es diferente de cero y por lo tanto, el modelo es capaz de explicar el comportamiento del número de personas en pobreza patrimonial en el estado durante el periodo en estudio.

Los valores para la probabilidad $Pr > Abs(t)$: 0.6854 y 0.0162 correspondientes a las variables gasto publico real total para el sector de la población con algún servicio de salud (GPRTCSS) y gasto publico real total para el sector de la población sin tal servicio (GPRTSSS) respectivamente, muestran que el gasto publico real total asignado al primero, (GPRTCSS), no es significativo en la explicación del comportamiento de la pobreza patrimonial observada en el estado durante el periodo en estudio.

En contraste, el gasto público real total asignado a la atención de la salud de la población al margen de cualquier sistema de salud en el estado, (GPRTSSS) es significativo estadísticamente en la explicación del nivel de pobreza patrimonial en el Estado a un nivel de significancia igual a 5%. Es decir, es posible afirmar, con un nivel de confianza de 95%, que el gasto público real total dirigido a este sector poblacional ayuda a explicar significativamente el nivel de pobreza patrimonial en el estado.

De esta forma, los resultados del modelo anterior, manteniendo sin cambios la partida asignada al gasto en salud para la población con acceso a algún sistema de seguridad social, es posible decir, con un 95% de confianza, que un incremento unitario en el nivel de gasto hacia el sector poblacional que carece del algún servicio de salud provoca un incremento de 0.041 personas en el nivel de pobreza patrimonial.

Con el fin de determinar la relación entre el nivel de pobreza patrimonial observada en el estado de Sinaloa durante el periodo 2000-2015 y el gasto público en salud ejercido por el estado durante ese periodo se utiliza un modelo de regresión lineal múltiple de la forma:

$$POBPAT_t = \beta_0 + \beta_1 NMED_t + \beta_2 NENF_t + \beta_3 GMEDFARR_t + \beta_4 NCAM_t + \varepsilon_t$$

Donde:

$POBPAT_t$: Representa la variable ingreso per cápita real en el estado de Sinaloa para el periodo “t” deflactado por el Índice de precios al consumidor de base igual a la segunda quincena de diciembre del 2010. El dato es emitido por el INEGI.

$\beta_1 / NMED_t$: Se refiere al número de médicos en el servicio público de salud en el Estado en el periodo “t”. (No. De Médicos/año).

$\beta_2 / NENF_t$: Se refiere al número de enfermeras en el servicio público de salud en el Estado en el periodo "t". (No. De enfermeras/año).

$\beta_3 / GMEDFARR_t$: Se refiere al gasto público anual ejercido en los rubros farmacéuticos y equipo médico. (\$/año).

$\beta_4 / NCAM_t$: Se refiere al número de camas disponibles en el servicio público de salud en el estado durante el periodo actual.

ϵ_t : Término estocástico.

t.- Periodo=2000... 2015.

La solución del modelo anterior es mediante el método PROC REG del programa estadístico SAS (Statistical Analysis System):

Variable dependiente: POBPAT

	<i>Coeficiente</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Valor p</i>	
const	984235	22376.1	43.9860	<0.0001	***
NENF	59.2943	17.6075	3.3676	0.0072	***
NMED	170.06	29.967	5.6749	0.0002	***
GMEDFARR	-0.000553129	0.00015704	-3.5222	0.0055	***
NCAM	-274.327	80.5867	-3.4041	0.0067	***

R-cuadrado	0.981160	R-cuadrado corregido	0.973625
F(4, 10)	130.1995	Valor p (de F)	1.40e-08

De acuerdo con el valor p (de "F"), cuyo valor muestra el grado de significancia global de las variables contenidas en el modelo en la explicación de la variación de la variable dependiente y observando que resulta significativamente menor a los niveles de significancia: 1, 5 y 10% se puede decir con un 99% de confianza que, considerando el rechazo a la igualdad a cero de los parámetros estimados por el modelo, se rechaza esta igualdad y podemos afirmar con ese nivel de confianza que al menos un parámetro estimado del modelo es diferente de cero.

Por otro lado, los valores del estadístico "t" indican que es posible rechazar que la igualdad a cero de cada uno de los parámetros considerados en forma particular. Los valores de "p" correspondientes a este estadístico son significativamente menores a cualquier nivel de significancia (1, 5 y 10%) por lo que es posible afirmar, con un nivel de confianza del 99% que cada una de las variables consideradas en el modelo son altamente significativas en la explicación del comportamiento de la pobreza patrimonial observada en el estado en el periodo en estudio.

Conclusiones.

Los resultados presentados en el anterior modelo comprueba lo planteado previamente, el gasto público en salud para el estado no cubre la demanda de servicios de salud de la población y se ve reflejado en el efecto positivo en la pobreza patrimonial. Es decir, el gasto público a los servicios de salud no abastece la cobertura de servicios de salud a la población de Sinaloa; por lo tanto, como previamente se dijo. El estado ha implementado una política pública para coadyuvar la asistencia y cobertura en los servicios de salud descrita en la Ley de los Contratos Público- Privado presentada por vez primera en el año 2013 en el Congreso del estado de Sinaloa.

Recomendaciones de política pública.

Por último, a manera de recomendaciones de política pública podemos enumerar las siguientes:

- Realizar estudios con mayor profundidad sobre las políticas públicas que, en materia de salud, se han instrumentado en Sinaloa, ya que en base a los resultados del modelo, el presupuesto ejercido al sector salud en el estado de Sinaloa, no otorga significativamente este tipo de servicios para la población en condiciones de pobreza.
- Valorar si las recientes inversiones en construcción de hospitales en Sinaloa mediante recursos de las Asociaciones Público-Privadas (APP) ha sido una estrategia para coadyuvar los servicios, asistencia y cobertura en salud, o se ha instrumentado solo por la restricción presupuestal que enfrentan las finanzas públicas estatales.

REFERENCIAS

Ansede Espiñeira, Pablo (2010). *La comunicación en las organizaciones de la sociedad del conocimiento*. Escuela universitaria de relaciones laborales de A Coruña.

Arandia Ledesma, I. Carlos (2002) *descentralización y relaciones intergubernamentales en Bolivia*. En *Reflexión Política*, Año 4, No 8. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB.

Baratz, M.S. y Grigsby, W.G. (1971). "Thoughts on poverty and its elimination" en *Journal of Social Policy* (Cambridge) Vol. 1, Nº 2.

CONAPO. Consejo Nacional de Población (2016). *Proyecciones de la población de México 1990- 2030* (censo 2010). México.

CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015). ¿Qué es la medición de la pobreza? Link: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Que-es-la-medicion-multidimensional-de-la-pobreza.aspx>

Dirección General de Información en Salud, (2015). Link: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

Franco Corzo, Julio (2013) *diseño de políticas públicas*. Ed. IEXE, México

Frenk, Julio y Gómez, Dantés Octavio (2008). *Para entender el sistema de salud en México*. México. Nostra ediciones.

González Tachiquín, Marcelo (s.f.). *El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina*. Universidad Autónoma de Chihuahua.

Guzmán Paz, Vanessa (2012). *Comunicación organizacional. Red tercer milenio S.C*; Estado de México.

Haughton, J., & Khandker, S. (2009). *Handbook Poverty + Inequality*. Washington: The World Bank.

Howlett, Michael y Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy, Policy cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press, Canada.

INEGI. *Sistema de Cuentas Nacionales de México*, México (2015). Link: <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Sin/Economia/default.aspx?tema=ME&e=25>.

Jenkins, William (1978). *Policy Analysis: A political and Organizational Perspective*. Martin Robertson, Londres.

Kernaghan, Kenneth, Siegel, David (1995). *Public administration in Canada*. Editorial Unknown Binding. Nelson, Canadá.

Lasswell, Harold, *la orientación hacia las políticas*. En Aguilar Villanueva, Luis F, (2000). Ed Miguel Angel Porrúa, el estudio de las políticas públicas, México, [1951].

Ley General de Salud (2017), Cámara de Diputados, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>, consultado el 18 de junio de 2018

Méndez, Ricardo (1997). Política de promoción industrial y sistemas productivos locales en Castilla-La Mancha. Programa General de Promoción del Conocimiento, Universidad de Salamanca.

Molina, Ignacio y Delgado, Santiago (1998). *Conceptos fundamentales de ciencia política*. Alianza editorial. Madrid, España.

Nuestro Estado (2018) consultado en <http://www.cidh.org.mx/publico/plantilla/nuestroestado.aspx>, el 18 de junio

Pérez Argüelles, Mariana. (2010) *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. Centro de Análisis e Investigación A.C. México

Ruiz Medina, M. Ildelfonso (2011). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Ed. Universidad Autónoma de Sinaloa.

Subirats, Joan, Knoepfel, Peter, Larrue Corinne y Varonne, Frederic (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*.) Editorial Ariel, Barcelona.

UNESCO. Poverty. Obtenido de Learning to live together: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-humansciences/themes/international-migration/glossary/poverty/> (30 de Junio de 2015).